

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: B 7502R022

Název bakalářské práce:

PÉČE O DOSPĚLÉ OBČANY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

THE CARE OF MENTALLY HANDICAPPED UP INHABITANS

Autor:

Soňa Kočová
Michelský vrch 519
460 14 Liberec 14

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Hajduková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	Grafů	zdrojů	příloh
50	7	0	0	12	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 10. 4. 2007

Katedra: Pedagogiky a psychologie – oddělení sociálních studií

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát) Soňa Kočová

adresa: Michelský vrch 519/43, 460 14 Liberec 14

obor (kombinace): Sociální pracovník

Název BP: Péče o dospělé občany s mentálním postižením

Název BP v angličtině: The care of mentally handicapped grown up inhabitants

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Hajduková.

Konzultant:

Termín odevzdání: 30.04. 2004

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 2.12.2002

.....

děkan

.....

vedoucí katedry

Převzal (kandidát):

Datum:

Podpis:

Cíl:

Popsat péči o dospělé klienty s mentálním postižením v Domově Harcov a posoudit přínos bydlení v chráněných bytech s osobní asistencí

Předpoklady:

1. Klienti ubytovaní v chráněných bytech mají větší míru zodpovědnosti za svůj život, což vede k rozvoji samostatnosti a lepší orientaci ve společnosti
2. Práce osobního asistenta v chráněných bytech klade na vychovatele poněkud jiné nároky než práce v klasickém ÚSP

Metody:

Pozorování
Řízený rozhovor
Odborná literatura

Literatura:

Švarcová, I.: Aktuální otázky psychopedie, TU, Liberec 1998
Vágnerová, M.: Patopsychologie I. a II., TU, Liberec 1995
Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, Praha 1999
Vágnerová, M.: Psychologie handicapu, Karolinum, Praha 1993
Časopisy: Psychologie, Speciální pedagogika

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Jaroslavě Hajdukové za podnětné rady.

Poděkování za umožnění realizace praktické části náleží také ředitelce Domova pro mentálně postižené v Liberci – Harcov Bc. Vladimíře Řáhové.

Název BP: Péče o dospělé občany s mentálním postižením

Název BP: The care of mentally handicapped grown up inhabitants

Jméno a příjmení autora: Soňa Kočová

Akademický rok odevzdání BP: 2006 / 2007

Vedoucí BP: Mgr. Jaroslava Hajduková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou péče o dospělé osoby s mentálním postižením a vycházela ze současných moderních přístupů.

Jejím cílem bylo srovnat některé možnosti současné péče o dospělé osoby s mentálním postižením.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování odborných pramenů popisovala všeobecně uznávané pohledy a přístupy k problematice péče o osoby s mentálním postižením, a část praktickou, která pomocí metody pozorování a řízeného rozhovoru popsala péči o dospělé klienty s mentálním postižením v Domově - Harcov v Liberci a posoudila přínos bydlení v chráněných bytech s osobní asistencí. Výsledky praktické části potvrdily stanovené předpoklady.

Klíčová slova

Mentální retardace, mentální postižení, vývoj péče o osoby s mentální retardací, současná péče o osoby s mentálním postižením, domovy pro občany se zdravotním postižením, uživatelé služeb, asistenti chráněného bydlení, asistenti v domově pro občany se zdravotním postižením, chráněné bydlení, Zákon 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, Standardy kvality sociálních služeb

Summary

The theme of my bachelor work was the care of adults with mental handicap. It was based on modern approaches to this theme.

The aim of my work was to compare different possibilities of the contemporary care of adults with mental handicap.

My work had two main parts. The first part was theoretical and it described generally reputable views and approaches to the problems of the care mentally handicapped people. This part of my work was based on expert sources. The second part was practical and it described the care of adults with mental handicap in Domov – Harcov in Liberec. This part was based on the observation and the method of a ruled dialogue. It also evaluated the contribution of living in protect houses with the personal assistance. The results of this practical part have confirmed determined presumptions.

OBSAH

OBSAH	8
1 ÚVOD	10
2 TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1 Terminologie	11
2.2 Vymezení pojmů mentální retardace (postižení)	12
2.3 Výskyt mentální retardace v populaci	14
2.4 Stupně mentálního postižení	15
2.5 Vývoj péče o lidi s mentálním postižením	15
2.5.1 Vývoj péče o lidi s mentální retardací ve světě	17
2.5.2 Vývoj péče o lidi s mentální retardací v České republice	19
2.5.2.1 Do roku 1989	19
2.5.2.2 Devadesátá léta	20
2.5.3 Současná péče o dospělé s mentálním postižením	22
2.5.3.1 Příspěvek na péči	22
2.5.3.2 Sociální poradenství	23
2.5.3.3 Služby sociální péče – pobytové	24
2.5.3.4 Služby sociální péče – ambulantní	27
2.5.3.5 Služby sociální péče – terénní	27
2.5.3.6 Služby sociální prevence – ambulantní	29
2.5.3.7 Služby sociální prevence – pobytové	30
2.6 Standardy kvality sociálních služeb	30
3 PRAKTICKÁ ČÁST	32
3.1 Cíl praktické části	32
3.2 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu	32
3.3 Použité metody	33
3.4 Stanovení předpokladů	34
3.5 Pozorování a popis	34
3.5.1 Založení Domova – Harcov	34
3.5.2 Domov – popis	35
3.5.3 Chráněné bydlení – popis	36
3.5.3.1 Zajištění provozu chráněného bydlení	37
3.5.4 Chráněné dílny – popis	38

3.6 Rozhovory	39
3.6.1 Rozhovor s uživateli chráněného bydlení	39
3.6.2 Rozhovor s asistenty chráněného bydlení	40
3.6.3 Rozhovor s asistenty domova	41
3.7 Získaná data a jejich interpretace	42
3.7.1 Výsledky rozhovoru s asistenty	42
3.7.2 Výsledky rozhovoru s uživateli chráněného bydlení	45
3.8 Shrnutí výsledků praktické části	46
4 ZÁVĚR	47
5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	48
6 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ	49
7 SEZNAM PŘÍLOH	50
PŘÍLOHY	

1 ÚVOD

Úroveň každé společnosti lze posuzovat podle toho, jak je schopna postarat se o svůj nejslabší článek. Právě jedním z těchto článků jsou osoby s mentálním postižením. Na nás „nepostižených“ je, abychom usilovali o dosažení přijatelné kvality života každého takového člověka.

V „předlistopadových“ letech se v České republice toto krédo příliš „nenosilo“ a tito lidé byli z větší části separováni v ústavech sociální péče, kde se z nich stávali pouze trpní spotřebitelé služeb. Jejich odloučení od společnosti se zvyšovalo ještě tím, že pobyt na těchto místech byl považován za konečný a trvalý.

V současnosti je již situace jiná. Usiluje se o transformaci již „přežitých“ zařízení směrem k takovým, která odpovídají individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům.

Bakalářská práce se teoreticky zabývá problémem péče o dospělé osoby s mentálním postižením a jejím historickým vývojem. Samostatná kapitola je věnována možnostem současné péče o tyto osoby.

Praktická část poměrně široké téma bakalářské práce zužuje. Popisuje péči o dospělé osoby s mentálním postižením v domově pro mentálně postižené a pokouší se charakterizovat přínos chráněného bydlení pro tyto osoby. Průzkum praktické části je proveden se souhlasem ředitelky zařízení v Domově – Harcov a v přílehlých chráněných bytech.

Text je členěn do dvou velkých oblastí. První část se zabývá teoretickým zpracováním celého problému. Vymezuje obecné pojmy a uvádí všeobecně uznávané pohledy a přístupy k danému tématu.

Praktická část má empirický charakter, soustředila se na popis jednotlivých zařízení pro osoby s mentálním postižením a pro dokreslení předkládá subjektivní názory pracovníků těchto služeb. Autorka zde využila také vlastní profesní zkušenosti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně je pochybená.“

Adrian D. Ward

2.1 Terminologie

K označení předmětu speciální výchovy v české psychopedii je v současné době užíván termín **mentálně retardovaný** nebo jeho synonymum **mentálně postižený jedinec**. Samotný syndrom je pak nejčastěji označován jako **mentální retardace**.

V literatuře též nacházíme termíny oligofrenie, slabomyslnost, subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj., a jim odpovídající označení osob, jako oligofrenní, slabomyslní atd., které nemusí mít vždy totožný obsah. Jeho vymezení souvisí se stanovením definice mentální retardace. (Švingalová, 1999, s.16)

Na základě dohody představitelů mezinárodních organizací pro pomoc osobám s mentálním postižením se nedoporučuje užívat označení „mentálně postižený/mentálně retardovaný člověk“, které se považuje za neetické. Organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLHM), doporučuje užívat označení **člověk** (dítě, mladiství) **s mentálním postižením** (s mentální retardací). Tím má být vyjádřena skutečnost, že retardace není integrální součástí člověka, ale je pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů. Ze stylistických a jazykových důvodů je však někdy obtížné toto doporučení důsledně dodržovat. (Švarcová, 2003, s.26)

2.2 Vymezení pojmu mentální retardace (postižení)

Stále není vyřešen problém se stanovením odpovídající definice mentální retardace, která by vyhovovala všem odborným aspektům, i když je v dnešní době k dispozici velké množství definic, které též zahrnují klasifikaci a symptomatologii.

Podle Švingalové (1999, s. 35) je několik hledisek, která jsou zastoupena v definicích či pojetí mentálního postižení:

- **hledisko inteligence**
- **biologické hledisko**
- **hledisko sociální**
- **hledisko etiologické a klinické**
 - stavy vrozené (oligofrenie, mentální retardace)
 - stavy získané (demence)
 - stavy napodobující oligofrenii (pseudooligofrenie)
- **hledisko multidimenzionální**
 - je zastoupeno v současné české psychopedii
 - postihuje překrývajícím způsobem anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince

Mentální retardace je charakterizována individuálními zvláštnostmi psychických činností při dominantním postižení oblasti intelektové. Je to stav, který vzniká v různých vývojových obdobích života jedince, odráží se v jeho chování a sociální přizpůsobivosti, při zachování rozdílných schopností a kapacity. (tamtéž)

Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování.

Poruchy adaptace jsou zřejmé:

- z pomalého tempa dospívání
- ze snížené schopnosti učit se
- z nedostatečné sociální přizpůsobivosti (tamtéž)

Podle Dolejšího (1978, s. 34) je mentální retardace vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální

inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko–fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech osobnosti.

Pro porovnání Švingalová (1999, s.36) uvádí definici mentální retardace (podle 3. revize mezinárodní klasifikace nemocí, 1992):

„Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvlášť charakterizován narušením dovedností, projevující se během vývojového období, přispívající k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou tělesnou nebo duševní poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3 – 4 x častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystavováni většímu riziku využívání a tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“.

Pro přidělení definitivní diagnózy mentální retardace by měla být přítomna úroveň intelektových funkcí, vedoucí ke snížené schopnosti přizpůsobit se denním požadavkům běžného sociálního prostředí. (tamtéž)

2.3 Výskyt mentální retardace v populaci

Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Počet lidí s mentální retardací nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku má stále vzestupnou tendenci. Tento vzestup může být do značné míry relativní a vysvětluje se mimo jiné lepší evidencí mentálně retardovaných, ačkoli ani dnes není jejich evidence úplná.

Podle Švarcové (2003, s.34) v našich podmínkách brání vytvoření přesné evidence mimo jiné dodržování lékařského tajemství, kdy mnozí pediatři nejsou ochotni a nemají zákonnou povinnost o svých pacientech s mentálním postižením informovat ani odborníky ve speciálněpedagogických centrech. Vzrůst počtu lidí s mentálním postižením se vysvětluje rovněž jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějších stádiích vývoje se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu.

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou **mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž největší počet – téměř 2,6% - připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1 – 0,2% v populaci.** Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí. (tamtéž)

2.4 Stupně mentálního postižení

World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) v současné době užívá pro klasifikaci mentální retardace své 10. revize International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikace nemocí), která vstoupila v platnost od roku 1992.

Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- lehká mentální retardace, IQ 50-69
- středně těžká mentální retardace, IQ 35-49
- těžká mentální retardace, IQ 20-34
- hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20
- jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace

2.5 Vývoj péče o lidi s mentálním postižením

Podle Muchlpachrta (2001, s. 3) doposud jediný ucelený pokus o periodizaci dějin oboru představují Sovákova vývojová stadia péče o defektní osoby. Jeho model se opírá o schéma tradované minimálně od dob francouzského osvícenství. Jádrem tohoto schématu je idea stálého, v podstatě nezadržitelného pokroku. Toto pojetí pokroku se stalo základem pro historické uvažování, které přetrvává do dneška.

Stadia péče o handicapované jedince jsme si zvykli přijímat v následující podobě:

- **Stadium represivní** : společnost postižené lidi vyvrhovala, resp. zbavovala se jich
- **Stadium zotročování** : postižení byli využíváni jako otroci
- **Stadium charitativní** : výrazem i oporou postoje k postiženým byla křesťanská charita

- **Stadium renesančního humanismu** : k postiženým se hledal lidský poměr
- **Stadium rehabilitační** : pro společnost se jevílo jako výhodnější postiženým najít možnost pracovního uplatnění, než je zdarma žít
- **Stadium socializační** : v duchu humanizmu má být postižený člověk prostřednictvím rehabilitace uschopňován k práci a ke společenskému životu
- **Stadium prevenční** : bude dominovat snaha předcházet defektivitě

V historickém přehledu můžeme péči o lidi s mentálním postižením sledovat teprve od druhé poloviny 19. století. Celé toto období péče rozdělují dvě světové války na tři kvalitativně odlišné etapy s charakteristickými znaky. V počáteční etapě (do roku 1918), má péče o slabomyslné charakter spíše represivní, ve druhé etapě (do roku 1945) převážně rehabilitační a teprve ve třetí etapě (po roce 1945) můžeme hovořit o skutečné péči. Společnost ji poskytuje všem postiženým podle jejich potřeby dlouhodobě, systematicky, komplexně. (Kučera, 1998, str. 10)

Svým způsobem všechny tři etapy spojuje instituce, institucionalizace. Výhodou bylo, že umožnila komplexní péči (podle Eisové ve třetí etapě) v jednom areálu. V souvislosti to bylo dějinné a není to třeba odsuzovat. Bylo to a je potřeba to pozměnit. (tamtéž)

U nás bylo založeno v roce 1871 Ernestinum v Praze, jako první zařízení svého druhu.

V 19. století se mentální retardací málokdo systematicky zabýval. Mentálně retardovaní lidé byli považováni za duševně nemocné a dokonce i do pozdních desetiletí 20. století Světová zdravotnická organizace dávala lidem s mentálním postižením a duševně choré „do jednoho pytle“ pod stejné diagnostické číslo. Problém dětí s mentálním postižením byl čistě problémem rodin a společnost se o ně příliš nestarala. Pokud se tyto lidé dožili delšího věku, žili buď v obci, v rodině, anebo se o mnohé z nich staraly kláštery, případně byli dáváni do tzv. blázinců. V první polovině 20. století se pak v Evropě objevil nacismus, který na základě rasové „teorie“ situaci řešil tak, že mentálně retardovaní a duševně choré občany a děti vraždil. Reakcí na zmíněnou barbarskou rasovou teorii a metody nacistického režimu bylo po válce mimo jiné vyhlášení Charty lidských práv. Na tomto základě se pak v demokratických zemích začali rodiče dětí s mentálním postižením organizovat, zakládat spolky a sdružení a bojovat o práva svých dětí a svá vlastní, o štěstí jejich a své. (Kučera, 1998, str. 10,11)

2.5.1 Vývoj péče o lidi s mentální retardací ve světě

V USA a vyspělých zemích Evropy se v 60. letech začaly hledat nové varianty péče, které by nahradily do té doby tu jedinou – ústavní. Zájem se přenesl na přirozenou rodinu postiženého. V té době také vznikalo plno pojmů jako domácí péče, respitní péče, osobní asistence atd. jako odpověď na otázku, jak přispět obecně k tomu, aby občané se zdravotním postižením mohli žít doma, ve své obci, ale nikoli na úkor života některého z členů rodiny. I zde však byl proces zdlouhavý, trvalo patnáct až dvacet let, než se systém sociálních služeb stal běžnou a fungující praxí nárokovatelnou ze zákona. (Kučera, 1998, str.11)

Na valném shromáždění OSN v roce 1971 byla přijata tzv. Deklarace práv mentálně postižených. Stala se důležitým podkladem pro zavádění, revizi, inovaci nebo modernizaci péče o mentálně postižené na celém světě. V deklaraci je rozpracováno těchto sedm článků:

- Mentálně postižená osoba má v maximální možné míře stejná práva jako ostatní lidé
- Mentálně postižená osoba má právo na ekonomickou jistotu a přiměřenou životní úroveň. Má právo vykonávat produktivní práci nebo jakékoliv jiné smysluplné zaměstnání v maximální míře svých možností.
- Mentálně postižená osoba má právo na odpovídající lékařskou péči a na léčení, jakož i na takové vzdělání, přípravu, rehabilitaci a výchovu, které jí umožní maximálně rozvinout své schopnosti
- Je-li to možné, má mentálně postižený žít ve vlastní rodině nebo u pěstounů a podílet se na různých formách veřejného života. Rodině, v níž žije, by měla být poskytována náležitá pomoc. Je-li nezbytná ústavní péče, měla by být poskytována v prostředí a podmínkách blížících se normálnímu životu
- Mentálně postižená osoba má právo, je-li to třeba, na kvalifikovaného poručníka k ochraně své hmotné i duchovní existence a zájmů.

- Mentálně postižení musí být chráněni před vykořisťováním, ponižováním a zneužíváním všeho druhu. Je-li proti mentálně postižené osobě zavedeno právní řízení v jakékoliv věci, má právo jako každý jiný člověk na řádný výkon práva s plným uznáním svého stupně mentální odpovědnosti.

- Pokud se zřetelem na stupeň svého postižení někteří mentálně postižení nejsou schopni realizovat svoje práva, tedy jestliže je nutné jejich omezení nebo odepření, uskutečnění nebo odepření práv má ochránit mentálně retardovaného od zneužití. Tento postup má být založen na zhodnocení společenských schopností postiženého kvalifikovaným expertem. Omezení práv nebo jejich odepření má být podrobeno pravidelné kontrole a mentálně retardovaný má právo odvolání k vyšším instancím.

Pro rozvíjení péče o mentálně postižené na celém světě má velký význam Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) založená v roce 1962 jako nástupce Evropské ligy pro mentálně postižené. Sdružuje představitele národních rodičovských organizací, představitele odborných společností i jednotlivce, jejichž společným cílem je podpora zájmů mentálně postižených. Liga vyvíjí rozmanitou činnost se zaměřením na podporu vzájemného porozumění mezi rodiči a ostatními zainteresovanými na pomoci mentálně postiženým. Jde v podstatě o obhajování zájmu těchto osob, jejich práv a postavení ve společnosti. (Kučera , 1998, str. 12-13)

2.5.2 Vývoj péče o lidi s mentální retardací v České republice

2.5.2.1 Do roku 1989

Ústavní sociální péče má u nás dlouhou tradici, která u nás přetrvávala v podstatě až do roku 1989. V uplynulých letech socialistické společnosti vycházela základní koncepce ústavní péče z teoretického předpokladu, že v socialistické společnosti sociální problémy neexistují. Výsledek byl takový, že ústavy sociální péče se zcela paradoxně proměnily v jakási místa, ne-li „segregace“, alespoň „izolace“ zdravotně postižených osob, a to právě pro způsob, jakým jim byla péče poskytována. V těchto ústavech se často zdravotně postižení měnili v pouhé trpné spotřebitele poskytovaných služeb a péče a jejich odloučení od společnosti se ještě zvyšovalo tím, že jejich pobyt v ústavu byl obvykle považován za konečný a doživotní.

Instituce ústavu dozajista plní uspokojení nejnutnějších potřeb uživatelů, ale tento zavedený systém péče ve svém zásadním pojetí opomíjí základní práva a potřeby postižených občanů.

V roce 1969 bylo založeno **Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR (SPMP)**, jehož cílem bylo a je pomáhat osobám s mentálním postižením, včetně postižených s kombinovanými vadami, a jejich rodinám. Sdružení ve své činnosti navazuje na výše zmiňovanou Deklaraci práv mentálně postižených. V současné době má SPMP více než 8500 členů a působí na celém území republiky, má své krajské, okresní a místní organizační jednotky. Od roku 1990 provozuje 21 speciálních zařízení, která jsou převážně vzdělávací s denním, týdenním režimem, v menším rozsahu s chráněným bydlením, s možností zapojení v chráněných dílnách, individuálně též na běžných pracovních místech v rámci podporovaného zaměstnání. SPMP ČR je členskou organizací Sdružení zdravotně postižených ČR, Národní rady zdravotně postižených, České rady humanitárních sdružení. Spolupracuje s obdobnými organizacemi doma i v zahraničí. Od roku 1991 je členem významné mezinárodní organizace Inclusion International, členem evropské organizace Inclusion Europe od jejího založení v roce 2002.

2.5.2.2 Devadesátá léta

V tomto období se začalo nahlížet na problematiku péče o lidi s mentálním postižením poněkud jinak.

V 90. letech se začaly pomalu prosazovat nové alternativní formy péče o lidi s mentálním postižením. Mnoho zkušeností a vzorů se přebíralo ze zahraničí, kde již tyto formy péče řadu let fungovaly (např. Izrael, Švédsko).

Mentálně postižení jsou především lidé. Vnímáme-li jejich lidství (a respektujeme, že mají své představy, touhy, že potřebují vztah a lásku, být užiteční) jako podstatnější než to, co na sobě viditelně nesou, cítíme, že jejich odsunutí do ústavů a útulků je křivdou a aktem diskriminace. Dá se situace řešit jinak? Je možné, aby postižení žili mezi zdravými? Aby rozhodovali o tom, co budou nebo nebudou dělat, jak pracovat a odpočívat? Aby měli své soukromí, svůj životní styl a byli sami strůjci svého štěstí? Ve vzduchu visí tisíckrát vyslovované „ne“, ve kterém visí neochota revidovat vžitě předsudky a měnit status quo. Dlouholeté zkušenosti ze zahraničí však potvrzují „ano“. (Velehrad 4 / 92, str. 3)

Začaly se prosazovat nové trendy jako jsou integrace, normalizace, humanizace, decentralizace, deinstitucionalizace, koordinace. V následujícím textu budou tyto principy popsány a vysvětleny.

▪ Integrace

V nejobecnější rovině integrací rozumíme začleňování či spojování určitých částí v jeden celek. Tím se dotýkáme především řešení problematiky soužití majority, tedy intaktních – zdravých jedinců, a minorit, tedy lidí se sociálním a zdravotním znevýhodněním. (Novosad, 2000, str. 20)

Postižení lidé patří do společnosti stejně jako nepostižení, i když jejich místo v ní bude trochu odlišné, v závislosti na druhu a hloubce jejich postižení. (Švarcová, 1998, str.6).

▪ Normalizace

Tento, v kontextu našeho sociálního a historického vývoje poněkud zavádějící pojem, má vyjádřit skutečnost, že lidé s mentálním postižením mají, pokud je to jen možné, žít normálním životem, tak jako jejich ostatní spoluobčané. To znamená žít nikoliv v kolektivním zařízení, ale v rodině, kde jsou uspokojovány jejich přirozené potřeby lásky, pozornosti,

zájmu a bezpečí; znamená to také mít možnost navštěvovat školu nebo školské zařízení, které dětem a mládeži umožní maximální možný rozvoj jejich schopností. Žít normálním životem znamená také mít možnost zabývat se zájmovou kulturní a sportovní činností, znamená to připravovat se na určité profesní uplatnění a v dospělosti mít odpovídající zaměstnání, kde je možné vytvářet určité hodnoty pro společnost i pro vlastní uspokojení. (Švarcová, 1998, str.6,7)

▪ **Humanizace**

Nejen jako péče o mentálně retardované, ale humanizace celé společnosti, která ve svých postižených spoluobčanech bude vidět a respektovat rovnoprávné členy, vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče, jež jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost. Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Ve vztahu k lidem s postižením to znamená, že při jakémkoliv rozhodování o nich je nutno brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší míře podíleli. Tam kde je zájem postiženého člověka v rozporu se zájmy ostatních lidí, měla by zájmu postiženého, pokud je to možné, být dána v oprávněných případech přednost. (Švarcová, str.7)

▪ **Decentralizace**

Prosazuje zřizování a poskytování lokálně dostupných rozmanitých služeb k naplňování základních a specifických potřeb každého člověka s mentálním postižením. S tím je spojeno právo jedince na život v obci, jakož i povinnost obce náležitě se postarat o postiženého spoluobčana a poskytnout mu všechny příležitosti k normálnímu životu.

▪ **Deinstitutionalizace**

Je jedním z klíčových pojmů této práce směřující k vytvoření podmínek pro co nejméně omezující životní prostředí, v němž musí žít jedinec s postižením, pokud nemůže z nejrůznějších důvodů žít ve svém nejpřirozenějším prostředí – tj. v rodině. Deinstitutionalizace představuje nejen prevenci zařazování lidí s mentálním postižením do ústavních zařízení, např. vyhledáváním alternativních možností života v náhradních rodinách, ale i návrat do běžného prostředí pro ty, kdo byli ve speciálních zařízeních připraveni na samostatný, relativně nezávislý život.

▪ **Koordinace**

Usiluje o vytvoření, řízení a usměrňování spolupráce různých resortů, vládních orgánů, nevládních a dobrovolných organizací, ale i jednotlivců na společných aktivitách ve prospěch postižených osob. Stále více se prosazují tendence k interprofesní koordinaci, k týmové spolupráci mezi odborníky a rodiči, tendence k multidisciplinaritě v pojetí i koncepci služeb, podpory a pomoci.

2.5.3 Současná péče o dospělé s mentální postižením

Cílem této kapitoly je popsat současné formy péče o dospělé osoby s mentální retardací. Tuto problematiku ošetřuje zákon o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb., účinný od 1. ledna 2007, který je prvním zákonem dodržujícím lidskoprávní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele.

2.5.3.1 Příspěvek na péči

Od 1. ledna 2007 došlo k zásadní změně ve financování sociálních služeb, zejména zavedením institutu „**příspěvek na péči**“. Příspěvek na péči je adresovaný potencionálnímu uživateli služby, který má možnost si vybrat takovou službu, kterou skutečně potřebuje a která mu umožní jeho sociální začlenění do přirozené komunity. Tento příspěvek je přiznáván podle nutné míry podpory individuálně odlišné pro každého uživatele, a to ve čtyřech stupních. Na základě § 8 zákona č. 108/2006 Sb.se za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby považuje ve

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

O tento příspěvek na péči (dříve příspěvek na bezmocnost), musí klient zažádat (jestliže dříve pobíral příspěvek na bezmocnost, tak automaticky pobírá příspěvek na péči) a podrobit se vyšetření lékařem posudkové služby. Dále se musí podrobit sociálnímu šetření, které provádí sociální pracovník. Pokud je žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům, pak jej zastupuje v této věci zákonný zástupce.

Jak již bylo uvedeno, výše příspěvku závisí na věku žadatele a schopnosti zvládat úkony, které jsou uvedeny v § 9 zákona 108/ 2006 Sb. **Částečně zvládnutý** úkon se počítá jako **nezvládnutý**.

2.5.3.2 Sociální poradenství

Můžeme jej rozdělit na sociální poradenství **základní** a sociální poradenství **odborné**.

Základní sociální poradenství je určeno pro lidi, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, a je především informační. Má za úkol nasměrovat klienta směrem k dalším možnostem poradenství a pomoci, jako jsou např. dávky sociální péče, druhy sociálních služeb apod.

Odborné sociální poradenství má za úkol řešit již konkrétní nepříznivé sociální situace, a to v rozsahu těchto úkonů: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

zprostředkování navazujících služeb, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.5.3.3 Služby sociální péče – pobytové

Služby sociální péče napomáhají dospělým osobám s mentálním postižením v co nejširší možné míře zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim zapojení do běžného života ve společnosti.

Podle § 33 zákona č. 108/2006 Sb. se pobytovými službami rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Jsou to:

- domovy pro občany se zdravotním postižením
- domovy se zvláštním režimem
- stacionáře (týdenní)
- chráněné bydlení

▪ Domovy pro občany se zdravotním postižením

Dříve ústavy sociální péče (ÚSP), nyní podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. domovy pro občany se zdravotním postižením, které podle Usnesení vlády České republiky ze dne 21. února 2007 č. 127 o koncepci podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, by se měly **transformovat** v období několika následujících desítek let do přirozené sítě služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby **chráněného bydlení, osobní asistence a také služby podpory samostatného bydlení.**

Klíčovým zdrojem pro transformační kroky v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou v programovacím období 2007 – 2013 prostředky z evropských fondů. (Usnesení vlády České republiky ze dne 21. února 2007 č. 127, s.14).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, v našem případě pro dospělé osoby s mentálním postižením, jsou instituce zpravidla zřizované státem s celoročním nebo

týdenním pobytem, které poskytují ucelenou péči o klienta: zajišťují mu ubytování, stravování, zdravotní péči, pracovní rehabilitaci i volnočasové aktivity. Protože se jedná o kolektivní zařízení, jehož funkce závisí na příslušném organizačním řádu, je zřejmé, že ústavní klienti nemívají žádoucí prostor pro své soukromí, identitu, pro bezproblémový výkon svých práv. Jejich osobnost bývá poznamenána deprivačními vlivy a také sociální izolace je zřetelná. Velmi záleží na tom, kolik času si najdou pracovníci ústavu na práci s každým klientem, na péči, kterou zaměstnanci věnují hodnotnému programu a podnětnému prostředí v ústavu. Klíčová je i spolupráce mezi rodinou klienta a ústavem, neboť stimulující rodina může významnou měrou kompenzovat negativní působení ústavního prostředí na jedince. (Novosad, 2000, s. 45)

Je třeba zmínit Domovy a penziony pro občany se zdravotním postižením, které podle zákona o sociálních službách platného od 1. ledna 2007 splynuly pod jeden pojem s bývalými ÚSP.

Tato zařízení mívají menší počet klientů a bývají koncipována pro soužití rodinného typu. Klienti jsou více vtaženi do chodu a programu svého zařízení, mohou rozhodovat o zařízení svého pokoje, o tom, jak se budou oblékat a podobně. Rovněž vazby na zázemí v rodině jsou těsnější a kvalitnější. Pobyty bývají koncipovány jako celoroční nebo týdenní, kdy klienti tráví víkendy doma, v rodině. Zřizovatelem těchto domovů není jenom stát, ale prosazují se zde i občanská sdružení a nadace. Příkladem toho jsou aktivity Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. (Novosad, 2000, s. 45)

▪ Domovy se zvláštním režimem

Tato zařízení jsou určena především pro osoby s psychickým onemocněním, které vyžaduje zvláštní režim, ale jelikož každý jedinec je individuální, tak musí být vysoce individuální i umisťování postižených osob do určitých druhů zařízení. To znamená, že i osoba s mentálním postižením může být umístěna do domova se zvláštním režimem. Tyto domovy mají omezující režim, který ale není namířen proti uživateli těchto služeb. Tato služba je velmi často provozována v podobě jednoho oddělení při domovech pro osoby se zdravotním postižením.

▪ Týdenní stacionáře

Stacionáře jsou zařízení pro týdenní pobyty lidí s postižením. Pečují o malé skupiny klientů, jejichž počet na jednoho pracovníka (pedagoga, vychovatele, terapeuta) dosahuje téměř ideálního poměru 5:1 až 2:1. Program činnosti stacionářů zahrnuje péči výchovnou i léčebně – nápravnou (fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, logopedie apod.). Tyto subjekty zřizují obce a stále častěji také občanská sdružení nebo nadace. Stacionáře jsou v podstatě nejvhodnější formou institucionální péče pro klienty s funkčním a spolupracujícím rodinným zázemím. Rodiče mohou chodit do zaměstnání, tedy ekonomicky zabezpečovat rodinu, a zároveň mohou přiměřeně pečovat o své dítě respektive o člena rodiny s postižením. (Novosad, 2000, s.45)

▪ Chráněné bydlení

Chráněné bydlení může mít formu skupinového či individuálního bydlení. Soustřeďuje se na „**normalizaci**“ bydlení a na **vlastní volbu klienta**.

Představuje komplex služeb, jehož cílem je podpořit člověka, aby mohl vést běžný způsob života ve vlastním, nájemním nebo organizací poskytnutém bytě. Komplex služeb chráněné bydlení se skládá z těchto prvků: ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí informace, pomoc při prosazování práv a zájmů. (Novosad, 2004, s. 9)

Vznik chráněných bytů u nás iniciovala židovsko-americká humanitární organizace JDC (John Distribution Comittee), která působí již od roku 1914 v mnoha zemích světa a zaměřuje se mimo jiné i na budování domovů pro staré a postižené. (Velehrad 4-92,s.4)

2.5.3.4 Služby sociální péče – ambulantní

Podle § 33 zákona č. 108/2006 Sb. se ambulantními službami rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí služby není ubytování. Jsou to:

- centra denních služeb
- denní stacionáře

▪ Centra denních služeb

Dalo by se říct, že tato služba je vlastně propojení několika služeb, o kterých jsme již hovořili. Je to komplex služeb, který zahrnuje: pomoc při osobní hygieně (zde služba může být rozšířena i o pedikúru a manikúru), poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

▪ Denní stacionáře

Toto zařízení má stejné poslání jako týdenní stacionář s tím rozdílem, že neposkytuje ubytování.

2.5.3.5 Služby sociální péče – terénní

Podle § 33 zákona č. 108/2006 Sb. terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Jsou to:

- osobní asistence

- odlehčovací služby (respitní)
- podpora samostatného bydlení

▪ **Osobní asistence**

Osobní asistence je souborem služeb zřizovaných s cílem pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl určitá funkční omezení. Cílovou skupinou osobní asistence jsou lidé se zdravotním postižením. Osobní asistence obsahuje zejména: pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při sebeobsluze, stravování, kontakt se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje podle osobních potřeb člověka. (Novosad 2004, s. 9)

▪ **Odlehčovací služby (respitní)**

Jedná se o komplexem služeb, jehož specifickým cílem je poskytnout pečujícímu možnost a čas k odpočinku a k vykonávání i jiných činností, než je domácí péče o osobu blízkou. Komplex služeb respitní péče obsahuje základní prvky obligatorní: pomoc při sebeobsluze, pomoc při zajištění chodu domácnosti, stravování, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby, a prvky fakultativní: ubytování, pomoc při prosazování práv a zájmů, poskytnutí informace, psychoterapie, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Místo poskytování respitní péče je závislé na rozhodnutí klienta, převážně to bývá domácnost, v ojedinělých případech rezidenční rodina, zařízení denního nebo týdenního pobytu. (Novosad 2004, s.10)

▪ **Podpora samostatného bydlení**

Podporované bydlení je služba terénní, která se od chráněného liší předpokládanou dobou pobytu. Podporovaného bydlení využívá jedinec pouze na přechodnou dobu, nezbytně nutnou pro zvládnutí samostatného bydlení. Tato forma služby je určena především pro osoby postižené duševním onemocněním. V určitých případech ji využívají i osoby s lehkou mentální retardací.

2.5.3.6 Služby sociální prevence – ambulantní

Podle § 53 zákona č. 108/2006 Sb. cílem těchto služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Dospělé osoby s mentálním postižením mohou využívat následující služby sociální prevence:

- sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny

▪ **Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením**

Tyto služby mohou být využívány buď jako ambulantní, nebo jako terénní, často jsou součástí již jiných klientem využívaných služeb (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, stacionáře atd.)

Podle § 31 zákona č. 108/2006 Sb. zajišťují zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity), sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

- **Sociálně terapeutické dílny**

Pomocí této služby se rozvíjejí potřebné návyky a dovednosti, upevňují se návyky osobní hygieny, zlepšuje se zajištění stravy, zkvalitňuje se péče o vlastní osobu.

Uživatelé této služby na rozdíl od uživatelů chráněného bydlení neberou mzdu. Jejich případné výrobky se mohou prodávat, ale výtěžek ze zpeněžených výrobků se musí vložit zpět do činnosti (např. nákup materiálu), nebo musí být využit ve prospěch klientů.

2.5.3.7 Služby sociální prevence - pobytové

- **Azylové domy**

Je asi poněkud netradiční zahrnovat tuto službu do péče o osoby s mentálním postižením, ale praxe nám mnohdy přinese překvapivé události.

Azylové domy poskytují pobytové služby osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Určité procento lidí s lehkým mentálním postižením se ocitá právě v tomto zařízení, např. po úmrtí osoby blízké, která až doposud o postiženého jedince pečovala. Neschopností postarat se sám o sebe ztrácí člověk nejprve práci a potom bydlení a ocitá se v azylovém domě. Ubytování v azylovém domě je pouze na dobu přechodnou.

2.6 Standardy kvality sociálních služeb

V dnešní době asi hlavním nástrojem pro individualizaci a zkvalitnění péče jsou Standardy kvality sociálních služeb (dále jen Standardy), které vznikly na MPSV v roce 2002.

Standardy vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby a individuálním potřebám člověka, který v daném zařízení sociální služby žije.

Každý poskytovatel těchto služeb je povinován standardy kvality sociálních služeb vypracovat, a zavést je do praxe

Standardy můžeme rozdělit na

➤ **Procedurální**

- Cíle a způsoby poskytování služeb
- Ochrana práv uživatelů
- Jednání se zájemcem o službu
- Dohoda o poskytování služby
- Plánování a průběh služby
- Osobní údaje
- Stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování služeb
- Návaznost na další zdroje

➤ **Personální**

- Personální zajištění služeb
- Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb
- Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů

➤ **Provozní**

- Místní a časová dostupnost
- Informovanost o službě
- Prostředí a podmínky poskytování služeb
- Nouzové a havarijní situace
- Zajištění kvality služeb
- Ekonomika

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je popsat péči o dospělé osoby s mentálním postižením, které žijí v Domově – Harcov. Dále popsat péči o dospělé osoby s mentálním postižením, které žijí v chráněných bytech v Liberci-Harcov a posoudit přínos této péče pro její uživatele. Též popsat chráněné dílny v Harcově, které zde před dvěma roky vznikly a které jsou v současné době neoddělitelnou součástí života většiny uživatelů Domova a chráněného bydlení.

Důvodem autorčina rozhodnutí pro tento průzkum byl fakt, že několik let pracovala jako vychovatelka ještě v klasickém ÚSP Horní Maxov a po té i v Domově Harcov a výstavbu chráněných bytů vnímá jako velký krok dopředu.

Autorka se domnívá, že život v Domově a v chráněném bydlení je natolik rozdílný, že musí klást poněkud jiné pracovní nároky na asistenty. Proto se snažila zjistit subjektivní pohledy asistentek a asistentů na práci v chráněných bytech a v Domově Harcov.

3.2 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu

Průzkum v rámci této bakalářské práce byl prováděn ve dvou formách ubytování (péče):

1. chráněné byty
2. Domov pro mentálně postižené – Harcov (dále jen domov)

Autorka navštívila tato místa a snažila se zachytit vše podstatné. Jak již bylo uvedeno, pracovala zde, takže prostředí jí bylo známé, kromě několika chráněných bytů a chráněných dílen.

Do průzkumu bylo zapojeno dvacet pět respondentů, dospělých osob s mentálním postižením. Vzorek respondentů se skládal z devíti žen a ze šestnácti mužů. Vzorek je malý, proto nemůžeme dělat velké závěry-pouze orientační. Průzkum byl proveden metodou řízeného rozhovoru s klienty.

Touto metodou se zjišťovaly podmínky jejich života v chráněném bydlení, jejich vlastní názor na toto bydlení. S klienty, kteří bydleli dříve v domově, se autorka pokusila o jakési srovnání života v těchto dvou rozdílných formách ubytování. Obyvatele domova autorka neoslovila z důvodu hlubšího mentálního postižení a také proto, že zde pracovala a většinu klientů i prostředí domova zná.

Průzkum se uskutečnil přímo v bytech uživatelů, tedy pro ně ve známém prostředí, což jistě napomohlo k větší otevřenosti respondentů. S většinou z nich autorka již dříve pracovala, takže respondenti bez ostychu odpovídali na dané otázky. Otázky v rámci řízeného rozhovoru byly kladeny jednoduše a konkrétně vzhledem k intelektovým možnostem respondentů.

Další průzkum byl proveden metodou řízeného rozhovoru se čtyřmi asistenty z domova a se čtyřmi asistenty z chráněného bydlení. Informace z těchto rozhovorů autorka částečně použila pro doplnění popisů jednotlivých zařízení. Tento vzorek byl opravdu malý, takže opět musí být zdůrazněno, že se nemohou z tohoto průzkumu dělat velké závěry, ale pouze orientační.

3.3 Použité metody

Při průzkumu byly použity následující metody:

- **Pozorování**

Pomocí této metody budou popsány výše uvedená formy péče

- **Řízený rozhovor**

Proveden s uživateli chráněného bydlení.

Proveden s asistenty chráněného bydlení

Proveden s asistenty z domova

3.4 Stanovení předpokladů

➤ Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že klienti ubytovaní v chráněných bytech mají větší míru zodpovědnosti za svůj život, což vede k rozvoji samostatnosti a lepší orientaci ve společnosti (ověřováno pozorováním a řízeným rozhovorem s klienty i s asistenty)

➤ Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že práce osobního asistenta v chráněných bytech klade na vychovatele poněkud jiné nároky než práce v domově (ověřováno pozorováním a řízeným rozhovorem s asistenty Domova a s asistenty chráněných bytů)

3.5 Pozorování a popis

3.5.1 Založení Domova – Harcov

Budovu bývalých jeslí pro účel vzniku Domova pro osoby s mentálním postižením získalo Sdružení pro mentálně postižené (SPMP) v roce 1991. Do tohoto nově otevřeného zařízení se uživatelé nastěhovali v srpnu 1993 v počtu 21 osob. Pro velký zájem se postupně rozšířila kapacita zařízení tím, že se několik provozních místností upravilo na obytné pokoje.

V roce 1995 se zde vybudovaly sociálně terapeutické dílny (keramická, košíkářská), kam uživatelé začali pravidelně docházet.

V roce 1998 organizace získala další budovu, která je od domova vzdálena asi 60 metrů. V přízemí této dvoupatrové budovy vystavěla nové sociálně terapeutické dílny (košíkářskou, dřevařskou, tkalcovskou). V podkroví tohoto domu otevřela „své“ první čtyři chráněné byty v roce 2002, další tři byty v prvním patře byly k nastěhování v roce 2003 a o dva roky později byly stávající dílny v přízemí přestavěny též na dvě bytové jednotky.

V témže roce byl slavnostně otevřen nový komplex chráněných dílen, který se nachází též v jiné budově v blízkosti Domova.

3.5.2 Domov - popis

Původní budova (domov) se nachází v Liberci v klidném místě harcovského údolí. Je dvoupatrová s bezbariérovým vstupem.

Hlavním posláním domova je poskytnutí ubytování (celoroční, týdenní), poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V současné době domov obývá dvacet tři klientů, z toho jedenáct žen a dvanáct mužů, ve věku od dvaceti šesti do padesáti pěti let, s různou hloubkou postižení. Šest klientů je zde celoročně, mají pouze vzdálené příbuzné, kteří si je berou domů velice zřídka.

Většina mužů obývá druhé patro a většina žen první patro. Celkem je zde osm dvoulůžkových a sedm jednolůžkových pokojů. Na obou patrech, kde se nachází většina pokojů, je společenská místnost s televizí, dvě toalety a koupelna se sprchovacím koutem. V přízemí je kuchyň, jídelna, prostor vyhrazený pro zaměstnance, vychovatelna, dvě toalety a masérna. V suterénu je šatna a provozní místnosti (prádelna, sklady, atd.).

V současné době jsou zde tito zaměstnanci: dva kuchaři, uklízečka, prادلна, údržbář, šest asistentů (ranní a odpolední směna) a čtyři asistenti (noční směna). Ranní směnu (od 6:45-13:45) pokrývají dva asistenti, odpolední směnu (13:00-20:00) tři asistenti a noční směnu (19:00-8:00) dva asistenti. O víkendu je dvousměnný provoz: ranní směna dva asistenti (8:00-20:00), noční směna v pátek a v sobotu jeden asistent, a v neděli dva asistenti (20:00-8:00).

Každý asistent zastává funkci klíčového pracovníka čtyř až pěti klientů. Zodpovídá za osobní pořádek na pokojích, údržbu oblečení, výměnu oblečení podle ročních období, vypomáhá klientovi při nákupu ošacení a jiných potřebných věcí, též spravuje jeho kapesné.

Denní režim uživatelů, který bude následně popsán, je uzpůsoben jejich věku, potřebám a schopnostem (dle hloubky postižení). Čtrnáct uživatelů dochází každý pracovní den v 8:00 do chráněných dílen (budou popsány v další kapitole), kde jsou zaměstnáni.

Zbytek uživatelů se rozdělí do dvou skupin, se kterými asistenti do oběda vykonávají aktivizační činnost. Po obědě, který se vaří v centrální kuchyni a vozí se i do již zmíněných dílen, se vracejí čtyři klienti, kteří mají pracovní smlouvu pouze na čtyři hodiny.

Po příchodu odpolední směny odchází asistent s dvěma klienty (střídají se) do chráněných dílen (nejsou zde zaměstnání) a využívají je jako sociálně terapeutické (nemají pracovní smlouvu). Tímto způsobem se do dílen dostanou všichni obyvatelé Domova, kde se jim asistent díky příznivému početnímu poměru může plně věnovat.

V půl třetí se z dílen navrátí všichni s výše jmenovaným asistentem. Následuje odpolední svačina (popíjení kávy a čaje) a povídání si s asistenty o prožitém dni.

Po odpoledním klidu, který dodržují pouze někteří, následuje odpolední činnost, která je velmi rozmanitá, podle potřeb a přání klientů. Mohou to být vycházky (někteří mohou i samostatně), občas kulturní akce (kino, divadlo, koncert), nákup oblečení, kadeřnice. V úterý se provádí výměna povlečení a úklid pokojů, ve středu jsou návštěvy.

V půl sedmé se podává večere připravena a podána kuchařem (kromě pondělí a pátku podávají si ji sami).

Po sedmé hodině začíná večerní hygiena, při které asistenti dohlíží a vypomáhají. Následuje osobní volno, sledování televize, poslech relaxační hudby.

V domově se pravidelně pořádají společenské akce, jako jsou oslavy narozenin, svátků, pálení vlastnoručně vyrobených čarodějnic, a vánoční posezení apod. Každoročně se jezdí na prázdninové pobyty, a to nejen po Čechách, ale i do zahraničí.

3.5.3 Chráněné bydlení - popis

Jak jsem již uvedla, chráněné byty se nachází v Liberci v Harcově, několik desítek metrů od domova. Jsou vystavěny ve dvoupatrové budově. Jsou zde dvě společné domácnosti a osm bytů. Žije zde dvacet pět lidí s různými stupni mentálního postižení. Z toho sedm lidí, kteří se sem přestěhovali z domova.

V přízemí jsou tři bytové jednotky, které jsou dispozičně řešeny následovně:

1. byt: dva pokoje, kuchyň, sociální zařízení
2. byt: dva pokoje, kuchyň, sociální zařízení
3. společná domácnost: čtyři pokoje, kuchyň, sociální zařízení

Na patře bydlí celkem osm lidí. V prvním bytě žijí dvě sestry. Ve druhém žijí dva chlapci a ve společné domácnosti čtyři chlapci. Všichni jsou zaměstnáni v místních chráněných dílnách.

V prvním patře jsou tři bytové jednotky, které jsou dispozičně řešeny následovně:

1. byt: jeden pokoj, kuchyň, sociální zařízení
2. byt: dva pokoje, kuchyň, sociální zařízení
3. společná domácnost: pět pokojů, kuchyň, sociální zařízení

Na patře bydlí celkem devět lidí. První byt obývá pár středního věku. Ona dojíždí do chráněné dílny do Hanychova, on je zaměstnaný v místních chráněných dílnách. V druhém bytě žijí dva chlapci a ve společné domácnosti bydlí pět žen. Všichni pracují v místních dílnách

Ve druhém patře jsou čtyři bytové jednotky. Všechny čtyři byty jsou podkrovní garsoniéry se sociálním zařízením. Žijí zde tři páry a matka se synem. Čtyři uživatelé pracují v chráněných dílnách v Hanychově, tři pracují v místních dílnách a jedna žena zde uklízí.

3.5.3.1 Zajištění provozu chráněných bytů

V každém patře je klientům k dispozici jeden asistent. V přízemí a v prvním patře nastupuje asistent v 15:00, tedy v čas, kdy se uživatelé vrací z práce, a je zde do 7:00 druhého dne.

Ve druhém patře asistent přichází ve 13:00 a odchází v 20:00. Přes noc zde může v případě nouze pomoci asistent z dolních pater. V neděli je druhé patro bez asistenta a v pátek je bez asistenta první patro, což je velice přínosné, protože uživatelé mají šanci být alespoň jeden den v týdnu bez podpory; upevňuje to jejich sebevědomí a samostatnost. V přízemí je stále k dispozici asistent.

Jak již bylo řečeno v praktické části této práce, hlavním cílem chráněného bydlení je snaha o co největší zapojení uživatelů do „normálního“ života. V praxi to znamená vytváření individuálních cílů, jejichž dosažení vede ke stále větší samostatnosti uživatele. Nesmíme opomenout, že každý člověk (s mentálním postižením) má své hranice, přes které se jen těžko

dostává. Úkolem chráněného bydlení je se k této hranici co nejvíce přiblížit a nebo se ji pokusit alespoň částečně překonat.

. Po příchodu z práce (někteří přicházejí sami, jiní s doprovodem) si většinou uživatelé uvaří kávu a spolu s asistentem plánují, co nakoupí, uvaří a jaké činnosti vykonají

3.5.4 Chráněné dílny-popis

Chráněné dílny se nacházejí v Liberci v Harcově, hned naproti již zmiňovanému chráněnému bydlení. Byly zprovozněny v roce 2005 a vznikly jako odpověď na velkou poptávku po tomto zařízení.

V současné době je v dílnách zaměstnáno padesát uživatelů s kombinovanými vadami postižení. Šestnáct jich dochází z místního chráněného bydlení, čtrnáct z domova a zbytek dojíždí z rodin. V dílnách jsou rozděleni do sedmičlenných skupin. Každý zaměstnaný klient má se zařízením sepsanou pracovní smlouvu, a to na individuálně dlouhou pracovní smlouvu (2,4,6 hodin) podle druhu a hloubky postižení. V komplexu tohoto chráněného pracoviště, jsou následující dílny:

- Dvě tkalcovské
- Keramická
- Košíkářska
- Prodejní ateliér +Dílna na výrobu ručního papíru a na výrobky z něj
- Dřevařska dílna, v létě zahradnická
- Knihařská (vazačské práce)

Každý zájemce o práci má možnost prohlídky dílen a výběru, kde by chtěl pracovat. Práce musí být plně uzpůsobena možnostem klienta. Výrobky se vytvářejí postupně po malých pracovních úkonech, až dosáhnou finální podoby. Každý pracovník má na starost daný úkon.

Je zde též možnost vyzkoušet si práci v jiné dílně. Někteří zaměstnanci se v dílnách pravidelně střídají. Na každém pracovišti je jeden dílenský asistent, který zde práci koriguje a řídí.

V současnosti mají dílny naplněnou kapacitu a tlak poptávky stále stoupá. Finální výrobky se buď prodávají v místním ateliéru, nebo se distribuují do prodejních galerií,

prodejen a též se nabízejí na trzích a jarmarcích. Zatím se nasycuje trh v Liberci, ale plánuje se distribuce i do jiných měst. Dílny také dostávají konkrétní zakázky třeba od magistrátu, MPSV atd.

3.6 Rozhovory

3.6.1 Rozhovor s uživateli chráněného bydlení

Hlavním úkolem rozhovoru bylo zjistit podmínky života uživatelů chráněného bydlení, zjistit jejich názor na toto bydlení a porovnat jej s životem v domově, kde někteří dříve žili.

Rozhovor plynul velice příjemně, autorka nechala hovořit klienty tak, jak je napadaly jednotlivé myšlenky a kladla pouze podpůrné otázky (s ohledem na postižení klientů a jejich schopnosti). Otázky byly voleny otevřené i uzavřené.

Nyní budou shrnuty podstatné myšlenky uživatelů:

- všichni, kteří se zapojili do rozhovoru, si uvědomují rozdíl v bydlení oproti domovu a tvrdili, že se na bytech žije lépe a že jsou zde spokojenější
- oceňují šanci žít svobodněji – mají k dispozici klíče od bytu, možnost vlastního výběru jídelníčku, samostatně rozhodují o svém volném čase, atd.
- uvědomují si pocit větší samostatnosti a zodpovědnosti (možnost vykonávání všech domácích prací, vlastní domácnost, samostatné nákupy potravin, částečné hospodaření s penězi, plánování větších nákupů)
- když mají problém se kterým si neví rady, tak se jdou poradit se svým asistentem

3.6.2 Rozhovor s asistenty chráněného bydlení

Pro dokreslení života v chráněném bydlení a zjištění nároků kladených při této práci na asistenta, je třeba uvést obsah rozhovoru s asistenty chráněného bydlení. Podle nich samých je jejich hlavním úkolem především **podporovat** klienty při úkonech, které samostatně nezvládají, **učit** klienta novým a novým úkonům, které jsou nezbytné pro samostatnější život. Podpora se zaměřuje především na výkon činností, které klient nemůže vykonávat sám, a které souvisejí s chodem domácnosti, s hospodařením a vyřizováním různých záležitostí. Čísla v následujícím textu korespondují s otázkami, které jsou přiloženy v příloze č.1

1. Uživatel se výrazně podílí (spolurozhoduje) na plánování denního programu. Asistenti klienty již dobře znají a dokážou kompenzovat jejich sociální nezkušenost, nedostatky plánování v čase a zároveň podchytit klientův zájem a přání. Snaží se myslet **ne za klienta**, ale spíše **s ním**.
2. Zde se asistenti přiklánějí k názoru, že chráněné bydlení je vhodné pro většinu uživatelů domova
3. Asistenti potvrdili, že se u klientů po přestěhování do chráněných bytů rozvinuly nové dovednosti. U některých klientů byly zaznamenány skutečně velké pokroky zejména v těchto oblastech:
 - Zvládání domácnosti
 - Hospodaření s penězi
 - Sebeobsluha
 - Zvládání medikace
 - Sociální kontakty
 - Komunikace (s rodinou, s okolím, s úřady)
 - Využití běžných i specializovaných služeb (zdrojů) komunity
4. Komunikace (výměna důležitých informací) mezi asistenty probíhá především telefonicky, protože se v chráněném bydlení nepotkávají. Z hlediska počtu asistentů je jednoduchá, protože jde pouze o dvě osoby, které si informace předávají, takže je menší pravděpodobnost, že by se zde něco opomnělo.

5. Asistenti potvrdili, že mají dostatečný prostor v oblasti plánování a rozvržení práce během pracovní doby. Mohou si tak naplánovat i časově náročnější program.

3.6.3 Rozhovor s asistenty domova

1. Domov průměrně obývají klienti s těžším stupněm mentálního postižení. Denní program klientů je ve větší míře řízen asistentem. Z důvodu většího počtu uživatelů, není možné se jim v odpoledních hodinách individuálně věnovat. Odpolední činnost většinou představují tři možné alternativy. Podle nich se klienti (s ohledem na ně) rozdělí do tří skupin a tyto činnosti spolu s asistentem vykonávají. Možnost výběru odpoledního programu je omezena počtem asistentů.
2. Asistenti se domnívají, že **ne každý klient** je vhodnou osobou pro chráněné bydlení. Pro některé klienty s těžším mentálním postižením by spíše zvolili formu společné domácnosti.
3. Asistenti konkrétní výsledky své práce (klient se něco nového naučí) spatřují, ale spíše v menší míře a to spíše u nově přichozích klientů. Klienti, kteří jsou v domově delší dobu již došli ke svým „hranicím“ a v tomto směru spíše stagnují.
4. Předávání informací o důležitých událostech probíhá mezi asistenty v době krytí služeb tj. (13:00 – 13:45). V této době je zde pět asistentů. Výhodou je, že se fyzicky na pracovišti setkávají, nevýhodou větší počet asistentů čímž může dojít ke zkreslení informací. Pro asistenty je důležité pozorně číst hlášení, kterým si též sdělují podstatné informace.
5. Prostor v oblasti plánování a rozvržení práce během pracovní doby asistenti považují za nedostatečný. Jsou omezeni délkou pracovní doby. Z tohoto důvodu je komplikovanější naplánovat si časově náročnější program.

3.7 Získaná data a jejich interpretace

3.7.1 Výsledky rozhovoru s asistenty

Popsání klíčových otázek

Pro tuto práci autorka považuje za klíčové především otázky č. 2. a č. 5. Proto budou následně popsány. Autorka se rozhodla nedokládat získané informace pomocí grafů, z důvodu malého vzorku respondentů.

Položka č. 2: Myslíte si, že je do budoucna vhodné chráněné bydlení pro všechny uživatele domova?

Všichni dotázaní asistenti se domnívají, že by byla pro uživatele vhodná jiná forma péče (společná domácnost, chráněné bydlení), než je domov. Domnívají se, že volba vhodné formy péče pro lidi s mentálním postižením je velice individuální.

Při výběru osob do chráněného bydlení by se měly zohledňovat následující kritéria:

1. hloubka mentálního postižení klienta – jistě není překážkou (jde o to, že klienti potřebují výraznou podporu a pak se vytrácí myšlenky chráněného bydlení) –
2. sociální vybavenost klienta (je důležité, zda klient přichází z rodiny, či ze sociálního zařízení)
3. volba klienta (klient by měl mít svobodnou volbu, vybrat si službu, která mu nejlépe „sedne“). Někteří klienti, třeba i s lehčím mentálním postižením se na život v chráněném bydlení nemusí „cítit“, neunesou pocit samostatnosti a odpovědnosti, i když je pouze částečná

Asistenti z chráněného bydlení vnímají zavedení této formy péče pro jejich uživatele za vysoce přínosné. Autorka se setkala s názorem, že by tento druh služby mohli využívat i

lidé s těžším stupněm mentálního postižení za předpokladu, že by bydleli na společných domácnostech s lidmi s lehčím postižením.

Snad by tato alternativa, u klientů s těžším stupněm postižení vedla k rozvoji jejich soběstačnosti. Asistenti vyjádřili přesvědčení, že pokud má uživatel „dobré vedení“, jsou možné výrazné pokroky, samozřejmě vždy s ohledem na hloubku jeho postižení.

Položka č. 5: Vidíte za sebou konkrétní výsledky své práce (uživatel se něco nového naučí)?

Průzkumem bylo zjištěno, že konkrétní výsledky své práce (uživatel se něco nového naučí) vidí především asistenti chráněného bydlení.

Důvodem této skutečnosti není pouze to, že klienti chráněného bydlení, jsou v průměru oproti klientům ubytovaných v domově méně postiženi, ale především proto, že mají větší možnost z výběru činností, ke kterým se klient v domově nemá příležitost vůbec dostat.

Nesmí být opomenut ani fakt, že celý program chráněných bytů je nastaven na osamostatňování uživatelů a hranice v rozvoji samostatnosti jsou vytyčeny především postižením klienta, zatímco v domově jsou hranice rozvoje samostatnosti klientů vytyčeny především formou provozování této péče. To znamená, že obyvatel domova s lehčím postižením by jen těžko „dosáhl“ na možnosti k rozvoji samostatnosti, které má k dispozici obyvatel chráněných bytů.

To zda asistent shledává jasné pokroky u klientů neovlivňuje pouze klienty, ale též i samotné asistenty. Pracovníci kteří vidí jasné pokroky a výsledky, jsou daleko více motivováni, než pracovníci kteří je neshledávají. Tato skutečnost se musí časem zákonitě odrazit v práci asistenta (mohou upadat do jakési beznaděje).

Popsání nároků, které vyplývají z rozhovoru a které jsou v praxi kladeny na asistenty chráněného bydlení a domova

Asistenti chráněného bydlení

Tito lidé pomáhají kompenzovat závažné nedostatky psychiky klienta. Postavení asistenta je velice náročné, protože musí docílit toho, aby klient dokázal s jeho pomocí vyjádřit svá přání a potřeby. Z rozhovoru s asistenty také vyplynulo, že někdy tato práce svádí k tomu, aby klienta podporovali víc než je nutné (tzn., že by asistent vše za klienta

vykonat). Tuto myšlenku je třeba zdůraznit, protože tímto konáním by chráněné bydlení ztrácelo veškerý svůj smysl.

Tímto autorka dochází k závěru, že asistent je zde klíčovou osobou, která má v rukou rozvoj samostatnosti klienta. Na asistenty jsou kladeny následující nároky:

- trpělivost (při učení a vykonávání činností s klientem)
- citlivost a vnímavost (aby odhadl i nevyslovená přání klienta)
- zručnost a pracovitost (aby byl klientovi prospěšný při vedení domácnosti a jiných činnostech)
- odborná vzdělanost (aby komplexně pochopil klientovo postižení)
- schopnost odhadnout dobře rizika
- vnímat hledisko klienta a dávat mu prostor
- důvěřovat možnostem klienta
- posilovat klienta v životě komunity a posilovat vztahy s rodinou (asistent neomezuje klientovo prostředí na teritorium bytu, tzn. že asistent se nezabývá jen tím co se děje doma, ale také tím co se odehrává mimo domov, protože z toho pak plyne, s čím klient z domova odchází a s čím se také vrací)

Práce v chráněných bytech klade na asistenta vysoké nároky. Zde je uvedeno několik případů z praxe, jak asistenti rozvíjejí a podporují samostatnost a odpovědnost uživatelů chráněného bydlení:

➤ **Příklad č. 1**

Klient si chce samostatně vyřídit cestovní pas. Nikdy to ještě nedělal. Asistent mu vše podrobně vysvětlí a napíše mu s sebou „papírek“ kde je napsáno kdo je a co potřebuje. Tento „tahák“ klient v případě nouze na úřadě předloží. Vychází se zde z předpokladu, že se nestane nic horšího, než že se domů vrátí s nepořízenou. Na druhou stranu klient jistě ocení důvěru, která v něho byla vložena.

➤ **Příklad č. 2**

Klientka si chce zajít na „lepší“ oběd do restaurace již podruhé v jednom týdnu, asistentka ji upozorňuje na fakt, že pokud tak učiní, nevyjde do konce týdne s penězi a bude muset tři dny po sobě večeřet jednoduché a laciné jídlo, např. topinky s česnekem, protože na nic jiného již nezbudou finance. Klientka přesto na večeři jde a poté skutečně dojde na slova asistentky. Jde o to, že klientka skutečně na „svou kůži“ pocítila, jak se věci mají, od té doby si již na hospodaření s penězi dávala větší pozor

Asistenti domova

Hlavním rozdílem práce asistenta v domově a v chráněných bytech je její náplň. V domově mají uživatelé veškerý servis co se týče stravování, ošacení (praní, žehlení). Tato starost asistentům odpadá, ale klienti jsou v průměru více postiženi, než obyvatelé bytů, což je pro asistenta též velice náročné.

Asistenti v domově nemají tak velkou možnost výběru činností. Jsou více omezeni počtem klientů na osobu a také špatnou pohyblivostí některých jedinců, což je fyzicky velice náročné a zároveň omezující pro další klienty (vycházky atd.). Na asistenta v domově jsou kladeny především tyto nároky:

- trpělivost
- citlivost a vnímavost
- zručnost a pracovitost
- odborná vzdělanost
- fyzická náročnost
- vytrvalost
- dlouhodobější plánování služby
- schopnost odhadnout dobře rizika
- vnímat klienta a dávat mu prostor
- důvěřovat možnostem klienta

3.7.2 Výsledky rozhovoru s uživateli chráněného bydlení

Obyvatelé tohoto bydlení jsou nadmíru spokojeni. Oceňují možnost žít samostatně ve vlastním bytě. Podle jejich slov by již „neměnili“. Chráněné byty jim naprosto vyhovují. Míra samostatnosti a odpovědnosti kterou zde nesou jim naprosto vyhovuje.

3.8 Shrnutí výsledků praktické části

Podle výsledků průzkumu bylo možno konstatovat, že se podařilo dosáhnout stanoveného cíle. Většina dotázaných (klientů i pracovníků) projevila zájem a zúčastnila se rozhovorů, jejichž cílem bylo získat co nejvíce informací o domově a chráněném bydlení a zároveň zjistit a posoudit přínos bydlení v chráněných bytech s osobní asistencí.

Autorce byl umožněn přístup do všech budov, kde se provádělo vlastní pozorování. Ze získaných informací se zdají být nejzajímavější informace o vhodnosti výběru nových forem péče pro osoby s mentálním postižením a dále stojí za povšimnutí postřehy asistentů chráněného bydlení z praxe.

Celkem byly stanoveny dva předpoklady. Oba se potvrdily.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou péče o dospělé osoby s mentálním postižením a kladla si za cíl popsat péči o dospělé klienty s mentálním postižením v domově Harcov a posoudit přínos bydlení v chráněných bytech s osobní asistencí.

Při zpracování práce bylo použito metod: pozorování a řízený rozhovor. Protože jsou tyto metody poměrně časově náročné, tak byly aplikovány na menším vzorku

V bakalářské práci byly popsány aspekty související s mentálním postižením a byla zde nastíněna péče o osoby s mentálním postižením v historii a samostatná kapitola se věnovala některým možnostem současné péče o tyto osoby. Teoretická část také zohlednila současnou legislativní problematiku, jako jsou Standardy sociálních služeb a zákon 108 / 2006 Sb., o sociálních službách.

Výsledkem praktické části je zmapování pohledů asistentů chráněného bydlení, asistentů domova a uživatelů chráněného bydlení na jeho přínos pro uživatele samotné, a popis nároků, které jsou kladeny na asistenty těchto zařízení.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Hlavním východiskem k vytvoření navrhovaných opatření byly informace zjištěné z řízených rozhovorů s asistenty chráněného bydlení, domova a s uživateli chráněného bydlení.

Z výsledků práce jasně vyplývá, že chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením má velký význam. Výrazně se zde rozvíjí jejich samostatnost, zodpovědnost a lepší orientace ve společnosti.

Práce také zdůrazňuje, že tato forma péče nemusí být ideálním řešením pro všechny osoby s mentálním postižením. Každý člověk je individuum, proto také musí být zvolen citlivý a individuální přístup při vybírání nové formy péče pro konkrétního člověka.

Dobrym řešením pro osoby s těžším mentálním postižením se zdá být společná domácnost (samostatná domácnost). V této formě péče, žije spolu více uživatelů (5 -10 osob). Touto formou péče vyřešil transformaci zařízení na menší celky např. bývalý ÚSP Horní Maxov.

Do budoucna tato možnost připadá v úvahu i v Domově – Harcov. Domov by se mohl koncepčně rozdělit na několik částí, čímž by vznikly samostatné celky (domácnosti). Byla by to jistě dobře vyhovující a do jisté míry úspornější možná alternativa, která by nevyžadovala zakoupení nového objektu pro účely.

Z práce též vyplývá, že je pro člověka, ať už s postižením, nebo bez něj pocit sounáležitosti a bezpečí, který mu poskytne spíše zařízení „rodinnějšího“ typu, ve kterém má klient možnost co největšího rozvinutí svých schopností a kde má též šanci, žít pro člověka důstojným životem

Z průzkumu též vyplývá jaký by měl být osobnostní profil asistenta. Tento profil, by měl být v každém případě doplněn nezbytným vzděláním. Asistent by měl být alespoň zaškolen v následujících oblastech:

- Informovanost o specifických klientova postižení
- Informovanost o manipulaci s případnými klientovými pomůckami
- Informovanost a způsobech rehabilitace
- Průprava v oblasti psychohygieny a komunikativních dovednostech

6 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ

1. Švarcová, I. Mentální retardace. 2. vyd. 2003. ISBN 80-7178-821-X
2. Švingalová, D. Vybrané kapitoly z psychopedie. 2. vyd. 1999. ISBN 80-7083-356-4
3. Muchlpachrt, P. Vývoj ústavní péče. 1. vyd. 2001. ISBN 80-210-2512-3
4. Kučera, P. Perspektivy Ústavu sociální péče pro lidi s mentálním postižením z hlediska rozvíjení jejich individuality – bakalářská práce. 1.vyd 1998
5. Novosad, L. Základy speciálního poradenství. 1. vyd. 2000. ISBN 80-7178-197-5
6. Švarcová, I. Aktuální otázky psychopedie. 1.vyd. 1998. ISBN 80-7083-890-6
7. Novosad, L. Základy teorie a metod sociální práce 1. vyd. 2004. ISBN 80-7083-890-6
8. Kolmačka, P. Budou žít s námi? In: Velehrad č. 4 / 1992.
9. Švingalová D. Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací. 1. vyd. 2003.
10. Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálním zabezpečení
11. Novosad, L. Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR. Vyd. 1. 2006. ISBN 80-7372-050-7
12. www.skokdozivota.cz/SPMP/index.php, aktualizace. 7.4.2005

7 SEZNAM PŘÍLOH

***Příloha č. 1:** Seznam otázek kladených během řízeného rozhovoru uživatelům chráněného bydlení*

***Příloha č. 2:** Seznam otázek kladených během řízeného rozhovoru asistentům chráněného bydlení a asistentům pracujících v domově*

***Příloha č. 3:** Fotodokumentace*

Příloha č.1: Seznam otázek kladených během řízeného rozhovoru uživatelům chráněného bydlení

1. Žijete dlouho mimo rodinu ?
2. Jaký máte kontakt s rodinou?
3. S kým v bytě žijete?
4. Naučil jste se zde něco nového?
5. Komu se svěříte, když máte nějaký problém?
6. Žije se zde jinak, než v domově? (pouze pro uživatele, kteří tam žili)
7. Co nejraději děláte ve svém volném čase?
8. Jaké je vaše největší přání?
9. Chodíte do zaměstnání?

Příloha č.2: Seznam otázek kladených během řízeného rozhovoru asistentům chráněného bydlení a asistentům pracujících v domově

1. Jakou měrou se uživatel podílí na plánování denního programu?
2. Myslíte si, že do budoucna je vhodné chráněné bydlení pro všechny uživatele domova?
3. Jak probíhá komunikace mezi asistenty?
4. Jaký prostor máte v oblasti plánování a rozvržení práce během pracovní doby?
5. Vidíte za sebou konkrétní výsledky své práce?(uživatel se něco nového naučí)

Chráněné dílny- tkalcovská



Chráněné dílny- tkalcovská



Chráněné dílny- prodejní ateliér



Chráněný byt – kuchyň a obývací pokoj



Pokoj v chráněném bydlení



Domov - společná jídelna s obývacím pokojem



Domov – pokoj uživatelky

